

# Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie

## *Une alternative à la pharmacothérapie*

Lucie Baillargeon, MD, MSC

### RÉSUMÉ

**OBJECTIF** Faire connaître les principaux traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie aux omnipraticiens.

**SOURCE DES DONNÉES** Les banques MEDLINE (de 1983 à 1995) et PSYCHLIT (de 1974 à 1995) ont été consultées avec les mots-clés « behaviour therapy, » « cognitive therapy, » « phototherapy » et « insomnia. »

**CHOIX DES ÉTUDES** Études expérimentales et méta-analyses sur le traitement de l'insomnie. Les principales variables retenues sont le temps de latence, la fréquence et la durée des réveils nocturnes, la consommation d'hypnotiques et la qualité subjective du sommeil après le traitement et au suivi.

**SYNTHÈSE** Les interventions les plus efficaces sont le contrôle par le stimulus, les techniques de relaxation et la restriction de sommeil. L'hygiène de sommeil est peu efficace et devrait toujours être appliquée en combinaison avec d'autres interventions.

**CONCLUSION** Le contrôle par le stimulus est une intervention ayant été démontrée efficace quand elle est appliquée par des intervenants de première ligne. D'autres traitements non pharmacologiques de l'insomnie mériteraient d'être évalués dans ce contexte.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE** To familiarize family physicians with cognitive and behavioural treatments for insomnia.

**DATA SOURCES** MEDLINE was searched from 1983 to 1995 and Psychlit from 1974 to 1995 using the key words "behaviour therapy," "cognitive therapy," "phototherapy," and "insomnia."

**STUDY SELECTION** We chose randomized trials and meta-analyses on the treatment of insomnia. Information was extracted on time-lag before sleep, frequency and duration of wakeful periods during the night, consumption of hypnotics, and subjects' own assessment of their sleep before and after treatment.

**SYNTHESIS** The most effective interventions were relaxation training, sleep restriction, and stimulus control. Practising good sleeping habits was only somewhat effective and should always be used in conjunction with other interventions.

**CONCLUSION** Stimulus control for insomnia has been demonstrated to be effective when used by primary care physicians. Other nonpharmacologic treatments should be evaluated in a similar manner.

**S**elon une récente enquête québécoise sur le traitement de l'insomnie, plus de 75 % des omnipraticiens québécois seraient consultés au moins une fois par semaine par des clients souffrant d'insomnie.<sup>1</sup> L'utilisation prolongée d'hypnotiques est déconseillée en raison d'une perte d'efficacité après quelques semaines d'utilisation, des risques de dépendance et des effets secondaires particulièrement fréquents chez les aînés.<sup>2,4</sup> Bien que l'efficacité de plusieurs traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie tels que le contrôle par le stimulus soit bien établie, les médecins appliquent rarement ces interventions.<sup>1,5</sup> Selon cette enquête, les interventions les plus courantes sont les recommandations sur l'hygiène de sommeil. Même si les médecins recommandent souvent la relaxation aux insomniaques, seulement 8 % enseignent ces techniques à leurs clients.<sup>1</sup> Dans le but d'informer les médecins des principaux traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie, cet article décrit les différentes interventions, ainsi que leurs indications et leur efficacité, en insistant sur les approches qui ont été évaluées en médecine de première ligne.

### Évaluation de la littérature

Les articles rédigés en anglais et en français et portant sur le traitement cognitif et comportemental de l'insomnie chez les adultes et les aînés ont été recherchés dans les banques MEDLINE (1983-95) et PSYCHLIT (1974-95) à l'aide des mots-clés suivants : *behavior therapy, cognitive therapy, phototherapy* et *insomnia*. Différentes bibliographies ont été consultées pour identifier d'autres publications pertinentes. Des critères d'évaluation ont été utilisés pour sélectionner des essais thérapeutiques randomisés et des méta-analyses d'excellente qualité (tableau 1<sup>6</sup>). Afin de tenir compte du faible nombre d'articles recensés en médecine familiale et de certains traitements plus récents (restriction de sommeil, photothérapie), quelques études expérimentales non randomisées et des opinions d'experts ont également été inclus. Les principales variables extraites sont le temps de latence, la fréquence et la durée des réveils nocturnes, la consommation d'hypnotiques et la qualité subjective du sommeil pré-post traitement ainsi qu'au suivi.

.....  
D<sup>re</sup> Baillargeon est professeure de clinique au Département de médecine familiale de l'Université Laval et elle exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon CHUL).

### Types et causes d'insomnie

L'insomnie regroupe une variété de symptômes reflétant un sommeil insatisfaisant en qualité ou en durée avec des répercussions diurnes telles que des troubles de l'humeur ou une diminution de la performance. Les difficultés d'initiation et de maintien du sommeil (DIMS) peuvent se présenter par une difficulté d'endormissement (insomnie initiale), des éveils nocturnes fréquents ou prolongés (insomnie

**Tableau 1. Évaluation des articles sur le traitement de l'insomnie**

ARTICLES	QUALITÉ DES ÉPREUVES
Au moins une méta-analyse d'excellente qualité* et/ou plusieurs essais thérapeutiques randomisés d'excellente qualité <sup>†</sup>	A
Un essai thérapeutique randomisé d'excellente qualité	B
Méta-analyses, essais thérapeutiques randomisés de qualité moyenne, études thérapeutiques non randomisées (devis avant-après, cas unique)	C
Opinion d'expert	D

\*Critères d'excellence : méthodes de recherche des études exhaustives et détaillées, critères d'inclusion/d'exclusion des articles bien précisés, processus d'évaluation et d'extraction des données reproductible.<sup>6</sup>

† Critères d'excellence : assignation vraiment au hasard, information donnée sur la proportion de sujets ayant complété le traitement et pourcentage de perdus de vue inférieur à 25 % au suivi.

de maintien) ou un éveil matinal précoce (insomnie terminale). L'insomnie est chronique lorsqu'elle dure depuis plus de 6 mois.<sup>7</sup>

Les insomnies les plus fréquentes sont associées au stress, aux troubles anxieux, aux états dépressifs modérés, aux troubles d'adaptation et aux perturbations du cycle éveil-sommeil reliées à une mauvaise hygiène de sommeil (tableau 2<sup>4,8</sup>).<sup>9</sup> Lorsque les circonstances ayant déclenché l'apparition de l'insomnie disparaissent, il n'est pas rare que ce trouble du sommeil persiste. Des facteurs de conditionnement interviennent alors et les stimuli généralement associés au sommeil tels que l'heure du coucher ou la chambre provoquent une activation cognitive et physiologique incompatible avec le sommeil. C'est ce qu'on appelle l'insomnie psychophysiologique.<sup>10</sup> Certains individus développent également une anxiété de performance devant leur incapacité à contrôler leur sommeil.<sup>11</sup> Ces facteurs de conditionnement et d'anxiété sont

**Tableau 2. Principales causes d'insomnie**

**PROBLÈMES PHYSIQUES**

Myoclonies nocturnes, syndrome des jambes sans repos, apnée du sommeil, reflux gastro-oesophagien, fibromyalgie, arthrite, douleur chronique, nocturie, prurit, problèmes cardiaques et pulmonaires.

**PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES**

Stress, dépression, anxiété, insomnie psychophysiologique et autres psychopathologies.

**SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET MÉDICAMENTS**

Caféine, nicotine, alcool, cocaïne, plusieurs médicaments prescrits dont les bêta-bloquants, les bêta-adrénergiques, les méthyl-xanthines, certains anti-inflammatoires (naproxen, ibuprofène), certains antiparkinsoniens (lévodopa-carbidopa, sélégiline) et certains antidépresseurs (fluoxétine, IMAO).

**PERTURBATIONS DU CYCLE CIRCADIEN**

Travail sur des quarts, décalage horaire, problèmes circadiens de retard ou d'avance de la phase veille-sommeil.

**ENVIRONNEMENT DE SOMMEIL INADÉQUAT**

Bruit, température ambiante, lumière, matelas inconfortable, partenaire de chambre dérangeant.

**MAUVAISE HYGIÈNE DE SOMMEIL**

Périodes prolongées au lit, siestes, horaires de coucher et de lever irréguliers, environnement de la chambre associé avec des activités incompatibles avec le sommeil.

*Adapté de Bootzin et Perlis<sup>8</sup> et Barbeau et al.<sup>9</sup>*

habituellement retrouvés dans les insomnies chroniques. C'est alors que l'on utilise des interventions cognitives et comportementales.<sup>12</sup> Ces interventions thérapeutiques ont également été appliquées avec succès chez des individus ayant d'autres problèmes de santé associés à leur insomnie tels que le cancer, les douleurs chroniques et l'hémophilie ainsi que les troubles anxieux et affectifs.<sup>13-17</sup>

**Traitements cognitifs et comportementaux**

**Contrôle par le stimulus.** Le contrôle par le stimulus repose sur l'hypothèse que l'insomnie est le résultat d'un conditionnement entre des stimuli environnementaux et des activités incompatibles avec le sommeil. Décrit par Bootzin en 1972,<sup>18</sup> ce traitement comporte 7 directives visant à renforcer l'association entre la chambre à coucher et le sommeil et à régulariser le cycle éveil-sommeil (tableau 3). Deux méta-analyses d'excellente qualité concluent que le contrôle par le stimulus est l'une des interventions les

plus efficaces pour traiter les DIMS (tableau 4).<sup>19,20</sup> Dans l'insomnie initiale, des diminutions de 50 % à 63 % du temps de latence ont été rapportées dans des études d'excellente qualité.<sup>19,21-23</sup> Dans l'insomnie de maintien, des diminutions de 42 % à 65 % ont été observées dans la durée des réveils nocturnes.<sup>19,24,25</sup> Le maintien des effets thérapeutiques a été démontré à moyen et à long terme.<sup>21,24</sup>

Le contrôle par le stimulus a été utilisé efficacement par des intervenants de première ligne. Dans le cadre d'une étude utilisant des protocoles à cas uniques, 6 omnipraticiens ayant reçu une formation d'une durée de 2 heures ont appliqué cette intervention à 24 patients souffrant d'insomnie initiale (Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R, *communication personnelle*). Les médecins offraient également aux clients qui faisaient usage d'hypnotiques un suivi pour le sevrage. Suite au traitement, une diminution de 57 % du temps de latence a été observée et 6 des 7 clients qui utilisaient un hypnotique au début du traitement ont réduit ou cessé leur médication. Ces gains thérapeutiques se sont maintenus 6 mois après le traitement. Selon les médecins participants, le contrôle par le stimulus s'intègre bien dans la pratique professionnelle mais requiert un niveau de motivation assez élevé de la part des clients. Le degré de satisfaction des insomniaques ayant complété le traitement a été élevé. Une autre étude a comparé les temps de latence avant-après l'application de ce traitement par une infirmière.<sup>26</sup> Celle-ci a enseigné individuellement le contrôle par le stimulus à 15 clients référés par leur médecin de famille pour une insomnie initiale. Une réduction de 50 % du temps de latence a été observée et 6 patients ont réduit ou cessé leur hypnotique.

**Méthodes de relaxation.** La prémisse que le stress cause l'insomnie a conduit naturellement à l'expérimentation de nombreuses techniques de relaxation pour traiter ce problème de sommeil. Les techniques les plus étudiées sont la relaxation musculaire progressive (méthode de Jacobson), le training autogène, la méthode de relaxation de Benson, le traitement par rétroaction biologique, la méditation, la désensibilisation, la respiration rythmique, le yoga et l'imagerie mentale. Les techniques de relaxation sont efficaces tant dans l'insomnie initiale que dans l'insomnie de maintien (tableau 4).<sup>19,22,24,25,27,28</sup> Dans l'insomnie initiale, des essais thérapeutiques de haut niveau montrent que les diminutions du temps de latence pré-post traitement varient de 25 % à 53 %.<sup>21,22,27</sup> Dans les troubles de maintien du sommeil, on a rapporté des diminu-

tions du temps d'éveil nocturne variant de 16 % à 37 %.<sup>24,25</sup> Les gains thérapeutiques sont maintenus à moyen et à long terme.<sup>21,22,24,25,27</sup> Deux méta-analyses récentes d'excellente qualité n'ont pas montré de différences d'efficacité significative entre les différentes techniques de relaxation.<sup>19,20</sup>

Pour les insomniaques qui présentent un niveau élevé d'anxiété, certains recommandent la relaxation.<sup>29</sup> Toutefois, une étude randomisée a démontré que chez les patients anxieux, les techniques de relaxation ne sont pas plus efficaces que les autres traitements non pharmacologiques dans l'amélioration des troubles de sommeil.<sup>30</sup> Mentionnons également qu'une augmentation de l'anxiété est un effet secondaire observé chez certains individus lorsqu'ils pratiquent la relaxation.<sup>30</sup>

L'application de techniques de relaxation chez les insomniaques n'a pas été évalué en première ligne. Rapp a proposé aux médecins de famille un format thérapeutique de 3 rencontres pour l'enseignement de la relaxation musculaire progressive.<sup>31</sup>

**Restriction de sommeil.** Décrite par Spielman en 1987, cette technique repose sur l'observation que les insomniaques passent souvent un temps excessif au lit à chercher le sommeil et que ceci contribue à maintenir l'insomnie.<sup>9</sup> Ce traitement consiste à réduire le temps passé au lit en fonction de la durée de sommeil moyenne par nuit telle que notée dans un journal de sommeil complété quotidiennement.<sup>12</sup> Par exemple, si la durée moyenne de sommeil par nuit est de 5 heures alors que le client passe 8 heures par nuit au lit, on lui demandera de ne passer que 5 heures au lit. Le temps passé au lit sera augmenté progressivement en fonction de l'amélioration de l'efficacité de sommeil. On entend par efficacité de sommeil le pourcentage de temps de sommeil par rapport au temps passé au lit. Dans l'exemple ci-haut, on calcule le pourcentage d'efficacité de sommeil en divisant 5 heures (durée de sommeil) par 8 heures (temps passé au lit) ce qui donne  $(5/8 \times 100 = 62,5 \%)$ . Lorsque l'efficacité de sommeil est supérieure à 85 % pendant une période d'une semaine, le temps passé au lit est augmenté de 15 à 20 minutes. Les heures de coucher et de lever sont fixées en fonction de l'horaire qui convient au client.<sup>32</sup>

Cette technique relativement récente a surtout été étudiée lorsque appliquée conjointement avec d'autres interventions. Ceci complique l'évaluation de son efficacité propre.<sup>33-35</sup> Deux études expérimentales de qualité intermédiaire suggèrent qu'elle serait très efficace tant pour les troubles d'initiation que pour les troubles de maintien du sommeil (**tableau 4**).<sup>9,36</sup>

Selon des opinions d'experts, la restriction de sommeil serait plus efficace dans l'insomnie terminale que le contrôle par le stimulus et la relaxation.<sup>12,32</sup>

L'utilisation de la restriction de sommeil en médecine familiale n'a fait l'objet d'aucune publication. Comparativement au contrôle par le stimulus et aux techniques de relaxation, cette intervention apparaît plus complexe à utiliser et elle requiert un suivi hebdomadaire très étroit. Un de ses effets secondaires

### Tableau 3. Contrôle par le stimulus

1. Couchez-vous seulement lorsque vous êtes fatigué(e) et prêt(e) à dormir.
2. Une heure avant le coucher, cessez toutes activités exigeantes sur le plan physique et intellectuel.
3. Utilisez votre lit seulement pour dormir : ne lisez pas, ne regardez pas la télévision, ne mangez pas ou ne vous tracassez pas dans votre lit. L'activité sexuelle est la seule exception à cette règle.
4. Si vous vous sentez incapable de vous endormir après 20 minutes, levez-vous et allez dans une autre pièce. Restez levé(e) aussi longtemps que vous le désirez et retournez ensuite dans votre chambre pour y dormir.
5. Si vous ne pouvez toujours pas dormir, répétez l'étape 4 aussi souvent que nécessaire.
6. Réglez votre réveil-matin et levez-vous à la même heure tous les jours, peu importe la durée du sommeil de la nuit précédente. Cela vous aidera à acquérir un rythme de sommeil constant.
7. Ne faites pas de sieste pendant la journée.

est une somnolence diurne importante pendant les premières semaines d'application, ce qui peut compromettre la fidélité au traitement.<sup>9</sup>

**L'hygiène de sommeil.** Les insomniaques ont une moins bonne hygiène de sommeil que les bons dormeurs. Ainsi, ils devraient modifier les habitudes susceptibles d'interférer avec leur sommeil.<sup>37</sup> Le **tableau 5** présente les recommandations concernant l'hygiène de sommeil retrouvées le plus souvent dans la littérature.<sup>38</sup>

L'hygiène de sommeil est habituellement utilisée comme adjuvant aux autres traitements non pharmacologiques de l'insomnie. Une étude randomisée d'excellente qualité a montré que l'hygiène du sommeil a un effet significatif mais modeste sur la durée des réveils nocturnes (**tableau 4**).<sup>25</sup> Selon une méta-analyse, cette approche est moins efficace que le contrôle par le stimulus, la relaxation et la restriction de sommeil.<sup>19</sup>

**Tableau 4. Efficacité des interventions cognitives et comportementales**

INTERVENTION	QUALITÉ DES PREUVES
<b>CONTRÔLE PAR LE STIMULUS</b>	
Efficacité pour l'insomnie initiale	A
Efficacité pour l'insomnie de maintien	A
Amélioration de qualité subjective de sommeil	A
Diminution de la consommation d'hypnotiques	C
Maintien des effets au suivi à 3 mois	A
Maintien des effets au suivi à 12 mois	B
<b>TECHNIQUES DE RELAXATION</b>	
Efficacité pour l'insomnie initiale	A
Efficacité pour l'insomnie de maintien	A
Perception de la qualité du sommeil très améliorée	A
Maintien des effets au suivi à 3 mois	A
Maintien des effets au suivi à 12 mois	B
<b>RESTRICTION DE SOMMEIL</b>	
Efficacité dans l'insomnie initiale	C
Efficacité dans l'insomnie de maintien	C
Efficacité dans l'insomnie terminale	D
Maintien des effets au suivi à 3 mois	C
<b>HYGIÈNE DU SOMMEIL</b>	
Efficacité dans l'insomnie initiale	A
Efficacité dans l'insomnie de maintien	A
Maintien des effets au suivi à 6 semaines	B
<b>PHOTOTHÉRAPIE</b>	
Efficacité dans l'insomnie initiale	C
Efficacité dans l'insomnie de maintien	C
Efficacité dans l'insomnie terminale	C

**Photothérapie.** Selon quelques études récentes, la photothérapie est un traitement très prometteur des DIMS (tableau 4). Un essai randomisé chez des adultes souffrant de troubles d'initiation et de maintien du sommeil a montré que l'exposition matinale de 45 minutes à une intensité lumineuse de 3000 lux pendant 4 semaines permet de réduire significativement le temps de latence et la durée des réveils nocturnes.<sup>39</sup> Deux autres études non randomisées chez des adultes et des aînés ont montré une amélioration de la

**Tableau 5. Hygiène de sommeil**

1. Limitez votre consommation de stimulants. La consommation de café, de thé et de boisson gazeuse contenant de la caféine devrait être évitée dans les 4-6 heures précédant le coucher. La nicotine devrait être évitée vers l'heure du coucher et lors des réveils nocturnes.
2. Limitez votre consommation d'alcool. Bien que l'alcool en petite quantité puisse vous aider à vous endormir, il cause également des interruptions de sommeil.
3. Une légère collation prise à l'heure du coucher peut favoriser l'induction du sommeil. Évitez toutefois de manger en grande quantité juste avant le coucher.
4. Évitez de faire des activités physiques intenses au cours des 3-4 heures précédant le coucher. L'activité physique en après-midi peut améliorer la qualité du sommeil.
5. Votre chambre doit être un lieu propice au sommeil. Réduisez les bruits (ou portez des bouchons), assurez-vous que les rideaux ou les stores sont opaques, réglez le chauffage pour être à l'aise et assurez-vous que votre matelas est confortable.
6. Adoptez une horaire régulier pour les heures de coucher et de lever.

durée totale de sommeil chez des individus souffrant d'insomnie terminale.<sup>40,41</sup> À ce jour, la photothérapie demeure un traitement expérimental. Des recherches additionnelles sont nécessaires pour déterminer le format thérapeutique optimal et évaluer le maintien des effets thérapeutiques à long terme.<sup>39-41</sup>

**Intention paradoxale.** L'intention paradoxale est une technique qui consiste à s'engager volontairement dans le comportement qu'on veut éliminer dans le but de réduire l'anxiété de performance.<sup>11,42</sup> Dans le cas de l'insomnie, il s'agit pour le client de lutter contre le sommeil le plus longtemps possible une fois au lit. Bien que cette technique ait produit des résultats intéressants, la réponse thérapeutique est extrêmement variable.<sup>11,21,22,43</sup> En pratique, de nombreux clients hésitent à suivre ce traitement qui leur semble en contradiction avec leur objectif.<sup>12</sup> Pour ces raisons, l'intention paradoxale n'est plus considérée comme un traitement de premier choix de l'insomnie chronique.

**Conclusion**

Les traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie sont peu utilisés en médecine familiale. Le contrôle par le stimulus est efficace quand il est appliqué par des médecins ayant suivi une brève formation et cette approche s'intègre bien à la pratique

professionnelle. La relaxation et la restriction de sommeil sont des approches efficaces. Des recherches devraient être menées pour évaluer leur applicabilité en médecine familiale. L'hygiène du sommeil est une intervention moins efficace et par conséquent, elle devrait toujours être appliquée conjointement avec une ou plusieurs autres interventions. Les traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie sont initialement plus exigeants que la pharmacothérapie pour le client et le médecin. Cependant, d'après le maintien des gains thérapeutiques à long terme, ces interventions ont un meilleur ratio coûts-avantages.<sup>19,20</sup> ♦

**Correspondance** : D<sup>re</sup> Lucie Baillargeon, Unité de médecine familiale, Centre hospitalier universitaire de Québec (Pavillon CHUL), 2705, boul Laurier, Ste-Foy, QC G1V 4G2

### Références

- Baillargeon L, Demers M, Grégoire JP, Pépin M. Enquête sur le traitement de l'insomnie par les omnipraticiens. *Can Fam Physician* 1996;42:426-32.
- Consensus Conference. Drugs and insomnia: the use of medications to promote sleep. *JAMA* 1984;251:2410-4.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. The treatment of sleep disorders of older people. *Sleep* 1991;14:169-77.
- Barbeau G, Guimond J, Mallet L. *Médicaments et personnes âgées*. Québec : Edisem, 1991.
- Nicassio PM, Kirby Pate J, Mendlowitz DR, Woodward N. Insomnia: nonpharmacologic management by private practice physicians. *South Med J* 1985;78:556-60.
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and Company, 1991.
- American Sleep Disorders Association. *The international classification of sleep disorders*. Lawrence, Tx: Allen Press, 1990.
- Bootzin RR, Perlis ML. Nonpharmacologic treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992;53:37-41.
- Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987;10:45-56.
- Morin CM. Perspectives cognitivo-comportementales dans le traitement de l'insomnie chronique. *Science et Comportement* 1991;21:273-90.
- Fogle DO, Dyal JA. Paradoxical giving up and the reduction of sleep performance anxiety in chronic insomniacs. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1983;20:21-30.
- Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press, 1993.
- Cannici J, Malcolm R, Peek LA. Treatment of insomnia in cancer patients using muscle relaxation training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1983;14:251-6.
- Stam HJ, Bultz BD. The treatment of severe insomnia in a cancer patient. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1986;17:33-7.
- Morin CM, Kowatch RA, Wade JB. Behavioral management of sleep disturbances secondary to chronic pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1989;20:295-302.
- Varni JW. Behavioral treatment of disease-related chronic insomnia in a hemophiliac. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1980; 11:143-5.
- Morin CM, Stone J, McDonald K, Jones S. Psychological management of insomnia: a clinical replication series with 100 patients. *Behavior Therapy* 1994;25:291-309.
- Bootzin RR. A stimulus control treatment for insomnia. *Proc Am Psychol Assoc* 1972:395-6.
- Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994;151:1172-80.
- Murtagh DRR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:79-89.
- Lacks P, Bertelson AD, Gans L, Kunkel J. The effectiveness of three behavioral treatments for different degrees of sleep onset insomnia. *Behavior Therapy* 1983;14:593-605.
- Espie CA, Lindsay WR, Neil Brooks D, Hood EM, Turvey T. A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia. *Behav Res Ther* 1989; 27:79-88.
- Puder R, Lacks P, Bertelson AD, Storandt M. Short-term stimulus control treatment of insomnia in older adults. *Behavior Therapy* 1983;14:424-9.
- Morin CM, Azrin NH. Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:260-2.
- Schoicket SL, Bertelson AD, Lacks P. Is sleep hygiene a sufficient treatment for sleep-maintenance insomnia? *Behavior Therapy* 1988;19:183-90.
- Childs-Clarke A. Stimulus control techniques for sleep onset insomnia. *Nursing Times* 1990;86:52-3.
- Woolfolk RL, McNulty TF. Relaxation treatment for insomnia: a component analysis. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:495-503.
- Hyman RB, Feldman HR, Harris RB, Levin RF, Malloy GB. The effects of relaxation training on clinical symptoms: a meta-analysis. *Nurs Res* 1989;38:216-20.
- Espie CA. Comparative outcome studies involving relaxation, paradox and stimulus control treatments. In: *The psychological treatment of insomnia*. Toronto: John Wiley & Sons, 1991:178-206.
- Espie CA, Brooks DN, Lindsay WR. An evaluation of tailored psychological treatment of insomnia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1989;20:143-54.
- Rapp MS, Thomas MR, Leith MG. Muscle relaxation techniques: a therapeutic tool for family physicians. *Can Med Assoc J* 1984;130:691-4.





## RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE-VIE ET D'ASSURANCE-REVENU

Pour les membres du  
Collège des médecins de famille du Canada

### RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE

Le CMFC offre à ses membres toute une gamme de programmes d'assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la protection et les taux offerts, veuillez communiquer directement avec la compagnie dont le nom apparaît plus bas.

#### ASSURANCE

##### Pour les membres associés qui sont inscrits dans un programme de résidence en médecine familiale

- Programme amélioré moyennant un taux annuel de 25 \$ la première année
- Assurance-vie temporaire de 25 000 \$
- Prestation mensuelle d'assurance-revenu de 1 000 \$

##### Assurance-vie temporaire

- Couverture de 1 000 000 \$ pour le membre et son conjoint
- Exonération de la prime advenant une invalidité totale du membre
- Garantie d'assurance libérée de prime au 70<sup>e</sup> anniversaire
- Prestation anticipée pour le membre ou le conjoint sur diagnostic d'une maladie au stade terminal
- Rabais considérables pour le membre et le conjoint non-fumeurs âgés de moins de 30 ans

##### Décès et mutilation accidentels

- Couverture disponible avec l'achat d'assurance-vie temporaire
- Prestation relative à la poursuite des études
- Prestation pour réadaptation

##### Assurance-revenu/invalidité professionnelle

- Prestation mensuelle pouvant atteindre 6 000 \$
- Option d'indexation au coût de la vie
- Option relative à la garantie d'assurabilité
- Rabais considérables pour les non-fumeurs âgés de moins de 30 ans

##### Frais généraux de bureau

- Prestation mensuelle pouvant atteindre 6 000 \$
- Versement de prestations pendant trois ans
- Versement d'une prestation particulière pour acquitter les frais couverts jusqu'à trois mois après le décès.

Communiquez sans frais avec **La Mutuelle d'Omaha** au

1-800-567-7497

ou composez le (416) 598-4321 à Toronto

pour obtenir de plus amples renseignements sur l'un des programmes ci-dessus.

Pour plus de détails, communiquez avec

**Le Collège des médecins de famille du Canada**

Service de l'Administration

2630, avenue Skymark, Mississauga, Ontario, Canada L4W 5A4

FMC

- Glovinsky PB, Spielman AJ. Sleep restriction therapy. In: *Case studies in insomnia sous la direction de Hauri PJ*. New York: Plenum Medical, 1991:49-64.
- Schmidt-Nowara WW, Beck AA, Jessop CA. An experimental evaluation of sleep restriction to treat chronic insomnia and reduce hypnotic use [abstract]. *Sleep Research* 1991;20:323.
- Morin CM, Kowatch RA, Barry T, Walton E. Cognitive-behavior therapy for late-life insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:137-46.
- Hoelscher TJ, Edinger JD. Treatment of sleep-maintenance insomnia in older adults: sleep period reduction, sleep education, and modified stimulus control. *Psychol Aging* 1988;3:258-63.
- Friedman L, Bliwise DL, Yesavage JA, Salom SR. A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *J Gerontol* 1991; 46:1-8.
- Lacks P, Rotert M. Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behav Res Ther* 1986; 24:365-8.
- Hauri PJ. Sleep hygiene, relaxation therapy, and cognitive interventions. In: *Case studies in insomnia sous la direction de Hauri PJ*. New York: Plenum Medical, 1991:65-86.
- Guilleminault C, Clerk A, Black J, Labanowski M, Pelayo R, Claman D. Nondrug treatment trials in psychophysiological insomnia. *Arch Intern Med* 1995; 155:838-44.
- Campbell SS, Dawson D, Anderson MW. Alleviation of sleep maintenance insomnia with timed exposure to bright light. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:829-36.
- Lack L, Wright H. The effect of evening bright light in delaying the circadian rhythms and lengthening the sleep of early morning awakening insomniacs. *Sleep* 1993; 16:436-43.
- Ascher LM, Efran JS. Use of paradoxical intention in a behavioral program for sleep onset insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46:547-50.
- Espie CA, Lindsay WR. Paradoxical intention in the treatment of chronic insomnia: six case studies illustrating variability in therapeutic response. *Behav Res Ther* 1985; 23:703-9.